

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LES COMPLICATIONS DE LA PÉRIODE INITIALE
DE LA
BLENNORRHAGIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 février 1895

PAR

Charles ROCH

Né à Dieuze (Meurthe), le 12 mars 1867

Examineurs : { MM. GROSS, président,
SCHMITT, professeur,
VAUTRIN, agrégé,
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE L'EST, 51, RUE SAINT-DIZIER

1895

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LES COMPLICATIONS DE LA PÉRIODE INITIALE
DE LA
BLENNORRHAGIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 février 1895

PAR

Charles ROCH

Né à Dieuze (Meurthe), le 12 mars 1867

Examineurs : { MM. GROSS, président,
SCHMITT, professeur,
VAUTRIN, agrégé,
FÉVRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE DE L'EST, 51, RUE SAINT-DIZIER

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I^{er}.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ, C^{er}, I^{er}; TOURDES, O^{er}, I^{er}.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ, C^{er}, I^{er}; TOURDES, O^{er}, I^{er}; COZE^{er}, I^{er}; V. PARISOT^{er}, I^{er}; HERRGOTT^{er}, I^{er}; HECHT^{er}, I^{er}; BEAUNIS^{er}, I^{er}.

Clinique médicale	M. BERNHEIM, ^{er} , I ^{er} , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I ^{er} , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I ^{er} , professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ^{er} , professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I ^{er} , professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I ^{er} , professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I ^{er} , professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ^{er} , professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements..	M. A. HERRGOTT, I ^{er} , professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I ^{er} , professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A ^{er} , professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, A ^{er} , professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I ^{er} , professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A ^{er} , professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, professeur.
Pathologie génér. et Pathologie interne..	M. SIMON, A ^{er} , professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A ^{er} , professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, A ^{er} , agr. libre, ch. du c.
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, A ^{er} , agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. VAUTRIN, A ^{er} , agr., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A ^{er} , agr., ch. du c.
Accouchements	M. REMY, A ^{er} , agr., ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.....

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A ^{er} .	MM. REMY, A ^{er} .	MM. HAUSHALTER, A ^{er} .
VAUTRIN, ^{er} .	P. PARISOT, A ^{er} .	FÉVRIER.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ^{er}, I^{er}, ROHMER, A^{er}.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS (M), A^{er}, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A mon Père et à ma Mère

RECONNAISSANCE FILIALE

A mon Frère

PROFONDE AFFECTION

A mes Amis

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR GROSS

A tous mes Professeurs de la Faculté

INTRODUCTION

Beaucoup d'auteurs ont étudié les complications de la blennorrhagie, et ont montré combien elles étaient bizarres et variables dans leurs manifestations : manifestations articulaires, cardiaques, médullaires, etc. Tous ou presque tous ont parlé de ces complications à une période assez avancée de la maladie alors que l'affection avait eu le temps d'amener l'infection gonococcique dans tout l'organisme, soit par voie directement ascendante, soit par infection générale.

Nous nous sommes occupés de rechercher si ces mêmes complications, ou d'analogues, ou bien d'autres, pouvaient se manifester à la période initiale de la blennorrhagie, c'est-à-dire dans la toute première phase de l'affection, alors que le gonocoque vient d'être déposé dans le canal de l'urèthre, et dans les jours qui suivent. On sait en effet que l'on considère dans la blennorrhagie deux périodes, en temps que maladie de l'urèthre, celle dans laquelle l'infection se localise dans l'urèthre antérieur, et celle dans laquelle le gonocoque franchit le bulbe pour gagner l'urèthre postérieur, d'où désormais, à cause du voisi-

nage, l'infection a toute tendance à gagner vessie et épididyme.

Les auteurs donnent en général une durée de trois semaines au gonocoque pour gagner l'urèthre postérieur, et c'est en général après cette période que nous voyons la masse de complications qui font le cortège habituel de la blennorrhagie, et relatées par tous ceux qui se sont occupés de ces faits.

Nous avons dans notre travail fait mention des complications à distance que nous avons pu observer dans la période initiale, et nous verrons qu'elles se manifestent sur un grand nombre d'organes, sans qu'on soit pour cela en droit de dire qu'il y a infection par le gonocoque.

Nous avons étudié surtout les complications du côté du rein et du côté de l'uretère, et nous verrons une observation de rétention d'urine dans les calices et le bassinet consécutive à une urétérite ; nous ajouterons même que c'est ce cas d'hydronéphrose tout au début d'une blennorrhagie qui nous a donné l'idée d'écrire notre thèse. Nous verrons également quelles manifestations la blennorrhagie peut provoquer sur le rein, sur tout le système génito-urinaire, et enfin sur tout l'organisme.

Dans un premier chapitre, nous donnerons un aperçu historique des complications de la blennorrhagie, complications rénales surtout ; dans le chapitre II, nous verrons les diverses complications que nous avons observées au début de l'affection. Dans un troisième chapitre, nous envisagerons la pathogénie des accidents et passerons en revue les diverses théories pouvant en expliquer les déterminations. Enfin, dans ce même chapitre

nous essayerons de mettre en opposition les accidents de l'infection ascendante avec nos complications du début et nous les comparerons. Notre but, en un mot, est d'étudier les complications à distance, complications rénales et urétériennes principalement, de la période initiale de la blennorrhagie.

Encouragés comme nous l'avons été par Monsieur le professeur agrégé Vautrin qui nous a aidé dans notre travail, nous nous empressons aujourd'hui de le remercier, pour l'attention et la bienveillance qu'il nous a toujours prodiguées durant le cours de nos études médicales.

Que Monsieur le professeur Gross, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir le témoignage de notre vive reconnaissance, ainsi que nos remerciements pour les bons conseils qu'il nous a toujours donnés pendant notre externat.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0011

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

Vers 1750, Morgagni, dans sa LXXII^e lettre, cite le cas d'« un chevalier de quarante-six ans, qui a trois blennorrhagies avec complications attribuées à la cystite ; or, à l'autopsie, on trouve des reins plus petits que normalement, renfermant une humeur sanieuse et une légère érosion vers les orifices uretères ».

B. Bell, dans son *Traité de blennorrhagie*, vers 1800, a dit : « Les reins se trouvent quelquefois affectés par sympathie nerveuse, ou parce que l'inflammation gagne le long des uretères. »

Lallemand, dans ses *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires* (1825) n'en parle qu'à titre essentiellement vague.

Rayer, dans son *Traité des maladies des reins* (1839-1841), ne fait en rien mention des complications rénales survenues à la suite de blennorrhagies, il en a vu un cas, mais c'était une néphrite après quatre ans d'urétrite.

Vidal de Cassis, vers 1850, est un des premiers faisant mention des rapports qui peuvent lier une néphrite à une blennorrhagie première ; il le dit dans les *Annales de chirurgie*.

Jubiot, dans sa thèse de Strasbourg (1869), dit que, pour arriver à une complication rénale, « il faut une prédisposi-

tion, de la part des reins, quelque chose comme une excitation ou irritation par les médications, par exemple les balsamiques, le cubèbe, puis les excès de boissons, de plaisirs, écarts de régime de toute sorte. »

Luxcey (Paris 1879), prend comme sujet de thèse *La néphrite parenchymateuse comme complication intercurrente d'une blennorrhagie*. Il prétend « qu'il existe une néphrite blennorrhagique indépendante des médications dirigées contre la maladie première et tout à fait distincte de celle qui, apparaissant à long terme, est considérée comme une des suites possibles de la blennorrhagie ». Il se résume en disant « qu'il faut admettre deux mécanismes de la néphrite compliquant la blennorrhagie. Dans certains cas, c'est une marche ascendante de la maladie et une propagation de l'inflammation par continuité de tissu. Ailleurs le mécanisme est tout autre : le rein est frappé à distance par le rhumatisme blennorrhagique, comme peuvent l'être la dure-mère, le cerveau, le foie, la parotide ou la plèvre. »

Pour Luxcey, il y aurait une infection ascendante de la blennorrhagie, mais sans passer par l'intermédiaire ni de la vessie, ni des uretères. Dans ses conclusions et observations il fait mention de réelles néphrites, parenchymateuses et même suppurées, entr'autres d'une pour laquelle il dit : « Cette néphrite est spéciale par son étiologie, si elle est le produit d'une intoxication par le virus blennorrhagique, spéciale, si elle est le fait d'une manifestation rhumatismale tout comme l'orchite, ainsi que certains le veulent, tout comme la pleurésie, l'endocardite, la méningite même, et la myélite, spéciale encore par les circonstances qui compliquent sa symptomatologie, spéciale enfin par sa terminaison qui n'est peut-être pas fatale, mais à convalescence longue et sévère. Et de plus on ne peut accuser l'influence d'une médication, puisque les voies digestibles étaient vierges de tout balsamique ou autre. »

Leneveu, en 1878, affirme que l'albuminurie peut se présenter à une période quelconque du processus blennorrhagique.

Fournier, dans son article *Blennorrhagie*, *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, nie la possibilité de néphrite compliquant la blennorrhagie.

Berlioz, en 1887 disait : « Dans la blennorrhagie, l'urine renferme des gonocoques, mais très exceptionnellement cette maladie s'accompagne d'une néphrite due à ces organismes. »

Récemment, Bedford-Brown veut que la néphrite, quand elle se produit dans l'infection gonococcique, soit toujours précédée d'urétérisme.

Parmi les étrangers, Neumann dit textuellement que l'appareil rénal peut être touché sans lésion des organes intermédiaires. Zeissl, lui, cite la néphrite aussi bien au début que dans le cours de la blennorrhagie. (*Lehrbuch der Syphilis und der örtlichen venerischen Krankheiten*, Stuttgart 1888).

En février 1893, MM. Balzer et Souplet (*Annales de syphilis et dermatologie*), font part de leurs recherches sur « l'albuminurie compliquant les phases aiguës de la blennorrhagie. Ils ont trouvé sur 424 cas, 99 cas d'albumine dans les urines, dont 73 dans les cas de blennorrhagie avec orchite et 26 dans le cas de blennorrhagie simple. Déduction faite des cas de cystite et d'orchite, ils évaluent à 12 p. 100 les cas d'albumine constatés dans la blennorrhagie. Dans leur travail, ces auteurs ont en vue surtout l'infection générale et donnent comme symptomatologie trois ordres de faits : 1° Albuminurie par blennorrhagie ascendante ; 2° par infection générale ; 3° leur réunion.

Pour eux, il faut considérer deux cas : le cas d'albuminurie latente et légère, et celui d'albuminurie plus grave. Ils éliminent la possibilité d'albuminurie liée au traitement

par les balsamiques. Leurs observations citent les cas de malades en possession de blennorrhagies datant de 3, 6 semaines et plus, alors que l'infection par le gonocoque a eu le temps de se propager par voie directement ascendante et progressive.

En 1893, MM. Balzer et Jacquinet, dans leur travail sur les *Manifestations rénales de l'infection blennorrhagique* prouvent l'infection blennorrhagique et ont en vue les manifestations rénales consécutives à des blennorrhagies anciennes. (*Semaine médicale*, août 1892, p. 441.) Ils citent leurs statistiques faites à l'hôpital du Midi. Ils ont trouvé 131 cas d'albuminurie sur 777 malades en 1892, et avant cette année, 99 cas sur 424. Ils citent une statistique de Géraud, donnant 2 cas sur 65 blennorrhagies. Ils insistent sur le rapport énorme qui rattache l'albuminurie à l'orchite, car sur 18 cas d'orchite simple, ils en ont trouvé une fois, sur 13 cas d'orchite double, quatre fois. Ils accordent donc à l'orchite un rôle prédisposant. Puis vient la cystite comme cause prédisposant également, car sur leurs cas cités, ils donnent 16 cas d'albuminurie avec cystite.

Ces auteurs attribuent la pathogénie à deux facteurs, ou bien c'est une albuminurie par infection locale ascendante (urèthre, vessie, uretère), ou bien c'est une infection générale, et le rein ne serait touché que par l'intermédiaire de la circulation.

Souplet, dans sa thèse, Paris 1893, étudie la *Blennorrhagie maladie générale*. D'après lui, le gonocoque et les microbes qui l'accompagnent provoquent toutes les complications de la blennorrhagie et il les explique par trois théories. — Théorie uniciste : c'est l'effet d'une même cause, les poisons du gonocoque. — Théorie de l'infection secondaire (GUYON) : les complications diverses de la blennorrhagie uréthrale à gonocoque ne paraissent pas causées

pas ce microbe, mais semblent relever d'infections secondaires (GERHEIM, LEGRAIN, PATRIS DE BOÉ, MINGUET). — Théorie de l'infection mixte : cette théorie est dérivée de la précédente, dont elle n'est qu'une forme atténuée (Jouis). Par exemple, le gonocoque serait d'abord seul auteur, arthrite peu intense ; puis interviendraient les microbes de la suppuration, arthrites graves ensuite.

Il étudie donc toutes les manifestations de la blennorrhagie, manifestations cardiaques, phlébites ; manifestations rénales ; méningo-médullaires, et diverses autres : rhumatismales, cutanées, conjonctivales. Il insiste sur les complications rénales, en citant ce mot de Bouchard : « Pas de maladies infectieuses sans détermination sur le rein », 1881. Il nie comme ses prédécesseurs l'influence des balsamiques, et conclut à la possibilité d'une « véritable lésion rénale, sorte de néphrite diffuse, aiguë, attribuable à l'action des poisons, produits d'élimination du gonocoque, assimilable par exemple à celle que produit l'infection du tuberculine ».

Pour Souplet donc, la blennorrhagie peut se manifester dans toute l'économie, et provoquer les accidents des maladies infectieuses ; c'est du reste l'opinion généralement admise.

Pierre Bosc publie en 1893, à Montpellier, une thèse sur *le Gonocoque*. Il dit que le gonocoque n'envahit jamais la totalité de l'organisme pour constituer une véritable maladie infectieuse. Il peut seulement, par l'affaiblissement général dont il est cause, permettre des infections secondaires qui, par leurs manifestations multiples, donnent au point de vue clinique, le tableau d'une maladie générale.

En 1894, E. Finger, publie à Vienne, son livre intitulé : *la Blennorrhagie et ses complications*.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS DE LA PÉRIODE INITIALE

1^o TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL

Les diverses complications de la période initiale s'observent aussi bien sur l'état général que sur les organes en particulier. Les troubles sont aussi bien moraux que physiques. Pour une blennorrhagie même bénigne, nous voyons les sujets souvent déprimés, faisant preuve d'un affaiblissement général, pâles, se plaignant de douleurs, d'insomnie, de céphalée, de troubles gastriques avec langue chargée parfois. « On voit, dit Cullérier (*Précis iconographique*, p. 27), des blennorrhagies assez peu intenses s'accompagner de fièvre caractérisée par de la chaleur, de l'accélération du pouls, de la perte d'appétit, un malaise général ; cet état dure peu, il disparaît spontanément au bout d'un, deux ou trois jours, alors même que les phénomènes locaux semblent ne rien perdre de leur véhémence. »

« N'avez-vous pas remarqué, dit Pidoux, assez souvent comme moi, l'altération disproportionnée en apparence, que présentent le facies et la santé générale de certains jeunes gens affectés de blennorrhagie, même récente. Pour moi, elle m'a toujours fait réfléchir ; leur pâleur, l'expression terne de leur regard, quelque chose de relâché dans les traits du visage, un peu d'amaigrissement rapide et de

décoloration blafarde de la peau semblent indiquer chez eux l'existence d'une maladie ancienne et grave. »

Fournier, dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, dit : « On n'observe guère des troubles que dans les cas rares où la maladie revêt une acuité insolite ou chez les sujets nerveux facilement excitables. Il se produit alors un léger état de malaise : fièvre modérée, inappétence, céphalalgie, etc. Cet état se dissipe en quelques jours au plus, bien que les phénomènes locaux ne subissent pas d'amendement parallèle. »

En un mot, on voit que l'affection détermine déjà des modifications qui entraînent un trouble de la santé générale, comme les maladies infectieuses; elle agit sur l'organisme, dès son apparition, en retentissant sur l'état général.

« Le stade aigu, dit Finger dans son *Traité de blennorrhagie*, s'accompagne déjà de phénomènes généraux légers, mais bien appréciables : frissons légers, fièvre le plus souvent modérée, dépassant rarement 38°, abattement, inappétence, dépression affective. L'aspect du malade est souvent altéré, le teint jaunit, pâlit, les yeux se creusent, trahissent la fatigue, et tout cela se présente même chez les individus bien portants et robustes. Beaucoup de ces phénomènes sont dus à des influences psychiques, à l'insomnie que provoque l'irritabilité sexuelle, aux changements apportés à la façon de vivre et surtout à la privation d'alcool. Ces causes dépressives n'expliquent pourtant pas complètement les symptômes généraux. Il est peu probable qu'il s'agisse en l'espèce de passage des gonocoques dans le sang et les humeurs, mais il est fort possible que les microbes produisent dans l'urèthre des produits chimiques (ptomaines) qui passent alors dans l'économie et agissent comme substances infectieuses. »

2° RETENTISSEMENT SUR LES SÉREUSES

Du côté des séreuses, nous avons observé nous-mêmes bien souvent des manifestations qui, bien que légères, n'en sont pas moins manifestes. Bien souvent nous avons pu constater tout au début de l'affection, dans les premiers jours qui suivaient l'apparition de l'écoulement, des douleurs erratiques du côté des articulations, douleurs fugaces, douleurs rhumatoïdes tantôt sur une articulation, tantôt sur l'autre. Ces manifestations n'étaient que passagères et nous ne les avons vues jamais se localiser nettement plutôt à un endroit qu'à un autre.

Chose singulière, ces faits se remarquent sur des organes qu'aucune relation anatomique, aucune dépendance fonctionnelle ne rattache au canal urétral, c'est un retentissement qui a pour point de départ l'hyperémie d'une partie circonscrite de la muqueuse génito-urinaire, et qui se multiplie par des déterminations sur tous les points de l'organisme. Nous avons vu des sujets se plaindre de douleurs vagues dans tout l'abdomen, comme si le péritoine lui-même recevait le contre-coup de l'infection urétrale. Chez certains même, nous avons remarqué du ballonnement, et une sensibilité extrême de l'abdomen au moindre contact. Nous avons pourtant loin de là aux véritables complications péritonéales, par le gonocoque, provoquant par sa présence la péritonite.

Du côté de la vaginale nous avons remarqué parfois des symptômes douloureux : ce sont des douleurs spontanées, des élancements douloureux ressentis d'abord dans la portion mobile de la verge, qui naissent ou bien tout à fait spontanément, ou bien sous l'influence de la pression exercée sur les bourses, sous l'influence d'une mauvaise position ou de la station assise, et qui s'irradient du côté des testi-

cules, des plis inguinaux, au point parfois d'empêcher tout mouvement.

Nous ne pouvons mieux faire que citer l'observation suivante, communiquée en 1889 au Congrès de dermatologie, ayant trait à des complications séreuses de la période initiale de la blennorrhagie.

OBSERVATION I (DUCREY, de Naples).

Il s'agit d'un jeune homme atteint de blennorrhagie aiguë. Au bout de quelques jours, fièvre légère, puis successivement on constate des manifestations sur les séreuses : d'abord une pleurésie droite, puis une pleurésie gauche, puis une hydarthrose du genou, une hydarthrose du poignet, et enfin une péritonite séreuse.

Une particularité très remarquable était la fugacité des épanchements séreux : en quelques heures, ils se produisaient et disparaissaient, il arrivait très souvent que nous constations un jour un abondant épanchement pleural et que le lendemain, nous ne pouvions plus en retrouver de traces.

En somme, cette observation prouve que les manifestations séreuses ne se bornent pas toujours à l'élément douleur. et qu'il peut exister de l'épanchement. Mais comme nous le voyons, les accidents sont fugaces et n'ont pour ainsi dire pas besoin de traitement. Ils diffèrent précisément des accidents articulaires tardifs par plusieurs points, ainsi, le rhumatisme ou bien l'arthrite blennorrhagiques compliquent de préférence les vieilles gonorrhées et on les considère comme des complications de l'urétrite postérieure. Ces affections ont une certaine tendance à devenir chroniques, à chaque nouvelle infection, réapparaît presque toujours la complication articulaire qui varie elle-même avec les rémissions et les exacerbations de la blennorrhagie. Enfin nous les voyons se terminer souvent par de l'hydarthrose, parfois, mais plus rarement, par la suppuration.

3^e NÉVRITES ET NÉVRALGIES

La blennorrhagie, à sa toute première période, peut produire également des déterminations sur les nerfs périphériques : elle peut produire des névrites, des névralgies, de simples irradiations douloureuses sur des trajets nerveux.

OBSERVATION II.

Névralgie sciatique, observée par M. RANDON DU LANDRE,
publiée par M. FOURNIER.

X., 20 ans, aucune trace d'affection diathésique, pas d'antécédents personnels de rhumatisme, pas de rhumatisme non plus chez les parents qui sont sains et bien portants.

Ce jeune homme a été pris subitement, au mois de décembre 186., à son retour d'un voyage à Paris, d'une douleur très vive dans le membre inférieur droit. Visité le lendemain pour la première fois, il est dans un état de surexcitation extrême, la cuisse et la jambe fléchies, pouls de 96 à 100 ; léger enduit sur la langue, soif assez grande, peau un peu chaude, le visage couvert de sueur. La douleur du membre est excessive et la pression la rend intolérable. Elle est surtout vive et a son maximum d'acuité en arrière du grand trochanter et au niveau des malléoles, mais plus faiblement à cet endroit.

Aucune autre partie douloureuse ; aucune cause évidente de cette violente névralgie : elle est prise pour une sciatique rhumatismale ordinaire et traitée en conséquence : vésicatoire pansé au chlorhydrate de morphine, larges frictions opiacées, poudre de Dower, pilules d'extrait thébaïque ; ce membre est entouré de ouate recouverte de taffetas gommé ; diète, tisane nitrée.

Cette médication, continuée vigoureusement pendant quatre jours, n'apporte aucun soulagement et les nuits sont passées sans sommeil.

En présence de cette résistance de la maladie et du manque de cause ayant pu la produire, l'examen des organes génitaux, pro

posé en l'absence des parents, fit découvrir une blennorrhagie datant de six ou sept jours : elle se faisait reconnaître par un léger écoulement jaune verdâtre, de la rougeur à l'entrée du canal, de la douleur à la pression et de la cuisson au passage de l'urine. Rien du côté des testicules et pas de traces de chancre.

Le jour même : opiat au cubèbe et au copahu, injections au sulfate de zinc ; continuation des frictions laudanisées et de l'opium à l'intérieur.

La nuit suivante, pas d'amélioration notable.

Le lendemain, le malade dort un peu dans la journée, mais sa jambe est toujours fléchie ; la nuit est excellente, il se réveille avec sa jambe dans l'extension.

Troisième jour de traitement : la douleur est moins vive, l'appétit revient, l'écoulement et la douleur du canal ont sensiblement diminué, le malade ne prend plus de pilules d'opium, il continue les frictions laudanisées, ainsi que l'opiat et les frictions.

Dixième jour de traitement : il se lève, appuie le pied à terre. Le quatorzième jour, il marche, toute douleur a disparu, l'écoulement n'existe plus. Guérison complète.

Nous-mêmes, à la Maison de secours, avons eu l'occasion de constater à plusieurs reprises, chez les malades de passage seulement à la consultation, des douleurs assez persistantes dans les nerfs lombo-abdominaux, depuis leur émergence vertébrale, jusque sur les cuisses. Ces douleurs cessaient en quelques jours sous l'influence du repos et de frictions calmantes. Nous aurions pu noter leurs observations et les ajouter à la précédente, mais nous nous sommes bornés à cette dernière comme la plus concluante et la plus démonstrative.

Bien souvent les malades qui se plaignent de douleurs dans les régions lombaires doivent les attribuer à des irradiations douloureuses de ce genre.

Tous ces faits ont leur pendant dans la période tardive de la blennorrhagie. On cite des cas de névralgie rebelle du

nerf honteux interne qui ne guérit pas avant que la blennorrhagie fut elle-même terminée. D'après Finger (*Traité de la Blennorrhagie et ses complications*, Vienne 1894), Sca-renzio (1886) a observé deux cas de rhumatisme rebelle, compliqué de névralgie sciatique ; de même Gutherz (1852¹, Fournier, Strumpell ont observé même des faits qu'ils ont traité d' « affections médullaires », entr'autres : douleurs en ceinture, douleurs ostéocopes, hyperesthésie de la peau, exagération des réflexes, sensibilité des apophyses épineuses.

4^e RÉTENTIONS D'URINE

Sur un cas de rétention d'urine prolongée, dans une blennorrhagie aiguë : Observation de Rochet, de Lyon, décrite dans la thèse de Souplet (Paris 1893).

OBSERVATION III.

Jeune homme de 24 ans, vigoureux, bien portant, sans tare héréditaire ou personnelle.

Il contracte la blennorrhagie cette année ; trois jours après le début de l'écoulement, il est pris de rétention et reste sans pouvoir uriner pendant près de vingt-quatre heures. Le médecin, appelé auprès de lui, le sonde et, la rétention persistant, renouvelle le cathétérisme les jours suivants.

Voyant le malade moi-même quelques jours après, je le trouve dans l'état suivant : la rétention persiste, il n'y a pas d'autre complication locale, ni funiculite, ni orchite, ni abcès péri-urétral ; aucune trace de prostatite, la sonde molle ou rigide passe très aisément en déterminant un peu de douleurs, mais sans être arrêtée par aucun spasme, même dans la région membraneuse musculaire de l'urèthre. Bien entendu donc, pas la moindre trace de retrécissement vrai ou spasmodique.

On continue le traitement médical institué déjà les jours pré-

cédents, grands bains prolongés, suppositoires opiacés, cataplasmes sur le bas-ventre, lavements laudanisés même. Rien n'y fait : la rétention persiste pendant vingt-cinq jours.

Cette rétention a du reste un caractère curieux : elle ne paraît pas incommoder le malade outre mesure, et le besoin d'uriner ne se fait pas beaucoup sentir chez lui ; il est intelligent, il se sonde lui-même deux ou trois fois par jour, car il sait qu'il faut se sonder, mais il n'en éprouve pas le besoin réel. Un jour même, il est resté plus de vingt-quatre heures sans se sonder, et je l'ai trouvé avec une vessie remontant jusqu'à l'ombilic, sans qu'il en éprouve grande gêne.

La défécation s'accomplit mal aussi et les lavements ordinaires provoquent difficilement les selles ; il faut de véritables purgations pour faire aller le malade. Pas de fièvre, du reste pas de phénomènes généraux.

Pensant avoir affaire à une paralysie vésicale, je fis électriser la vessie du malade et donnais de l'ergot de seigle. Soit que la lésion rétrocedât d'elle-même, soit sous l'influence du traitement, le malade commença à uriner spontanément vers le vingt-sixième jour.

On voit que, dans ce cas curieux, et très exceptionnel de rétention d'urine prolongée chez un blennorrhagique, il est difficile d'admettre le mécanisme ordinaire de la rétention. Pas de rétrécissement. Pas de spasme ; les sondes les plus fines entraient très facilement. Pas de prostatite (nulle augmentation de volume de la glande, nulle douleur au toucher rectal). On ne peut pas admettre non plus le gonflement de la muqueuse comme cause, la blennorrhagie étant ordinaire d'intensité, sans bouffissure même du méat, et en tout cas la rétention n'aurait pas duré plus de trois semaines.

On ne peut penser qu'à une paralysie vésicale, la vessie se laissant distendre mécaniquement sans pouvoir réagir. Le succès de l'électrisation et de l'ergot vient encore à l'appui. Mais quel est maintenant le mécanisme de cette paralysie ? Les uns la mettraient sur le compte d'une paralysie d'origine hystérique ; mais le malade, nullement nerveux, ne présentait pas trace de stigmates hystériques (pas d'anesthésie cornéenne en pharyngée, etc.).

Nous serions volontiers tentés de rattacher cette paralysie à une lésion temporaire de la moelle sous l'influence du virus blennorrhagique; le centre vésical aura été touché et imbibé, en quelque sorte, pendant quelques jours; et cela est d'autant plus vraisemblable que le centre anal paraît avoir été intéressé aussi à raison de la constipation absolue concomitante de la rétention.

Cette parésie vésicale ne peut être imputée à aucune cause antérieurement connue, chez le malade de Rochet; aucune des causes ordinaires de rétention ne peut être invoquée: ni rétrécissement organique, ni inflammation du canal de l'urèthre. Le malade n'avait fait ni excès de boissons, ni injections forcées, ni fatigues physiques pouvant expliquer sa rétention; enfin dans le cas de cystite, de prostatite, qui auraient pu être concomitants avec sa rétention, les symptômes de la complication qui aurait pu l'occasionner auraient tenu le premier rang et se seraient ajoutés aux symptômes de la rétention. Chez lui ce fut une rétention d'emblée complète, et de plus le malade (n'éprouvait ni douleur, ni besoin d'uriner, quoique sa vessie n'eût pas été vidée depuis vingt-quatre heures et remontât jusqu'à l'ombilic). On ne peut l'imputer non plus à une névrose, à un rétrécissement spasmodique dû à un état de turgescence passagère, à un spasme du col de la vessie ou de la région membraneuse de l'urèthre ou de tout autre point du canal.

Certains auteurs ont mis en doute la possibilité de rétention urinaire au début de la blennorrhagie. Mauriac dit, à ce propos: « Quelle que soit sa variété, la rétention d'urine ne se produit pas en général, chose digne de remarque, dans les premières semaines de la blennorrhagie, au moment où l'écoulement uréthral, franchement purulent, est très copieux, jaunâtre ou verdâtre, et où il existe de vives douleurs pendant la miction et les érections.... C'est à une époque plus avancée de la blennorrhagie que survient la réten-

tion... l'écoulement est devenu médiocrement abondant et sa nature est presque toujours séreuse ou séro-muqueuse plutôt que purulente. »

Guyon, dans la dernière édition de ses *Cliniques*, y voit l'action isolée ou combinée de trois éléments : inflammatoire, congestif et spasmodique.

M. Fournier, lui, regarde la rétention complète comme un accident rare et de causes variées.

Civiale admet que « la stagnation de l'urine par atonie de la vessie peut se produire lorsque les parois de l'urèthre ont seulement perdu de leur élasticité. »

Quelques auteurs font intervenir dans la rétention urinaire l'action des réflexes. « L'irritation la plus simple, lorsqu'elle siège dans certaines portions de l'urèthre et notamment dans la portion spongieuse, peut déterminer une contraction spasmodique des parois qui s'oppose à la sortie des liquides » Melchior Robert.

Quant à M. Mauriac, il l'explique ainsi : « Outre l'obstacle matériel par gonflement inflammatoire de la prostate quelquefois, le plus souvent il existe obstacle dynamique par contraction réflexe des fibres musculaires des régions profondes du canal. »

Pour notre compte, l'origine de la rétention, comme l'indique le premier l'auteur, doit être attribuée à une lésion passagère de la moelle ; reste à savoir si cette lésion est due au gonocoque lui-même, ou à une autre infection. C'est un point que nous chercherons à éclaircir dans notre second chapitre, où nous verrons la pathogénie des complications.

Ajoutons que M. le professeur agrégé Vautrin a observé récemment, vers le huitième jour d'une blennorrhagie aiguë, sans lésions antérieures des voies urinaires, une incontinence d'urine qui a duré deux jours, et a cédé à l'application de glace sur le périnée et aux suppositoires belladonnés.

Tout nous fait penser que cette complication aurait cédé d'elle-même. La vessie était vide et le malade n'urinait pas par regorgement. Il s'agissait donc bien d'une paralysie du col vésical.

5° COMPLICATIONS SUR LE SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE, REINS ET URETÈRES EN PARTICULIER.

Nous laisserons de côté les complications graves du côté des reins, puisque ce n'est qu'à la période secondaire de la blennorrhagie que l'on rencontre ces véritables néphrites occasionnées, soit par voie progressivement ascendante, soit par infection générale ; elles ont été décrites suffisamment par les auteurs que nous avons cités dans notre aperçu historique ; notre but, nous le répétons, n'est que d'étudier les complications de la période initiale.

Notre attention avait souvent été attirée par ce fait, que beaucoup de malades se plaignaient au début de l'affection de douleurs du côté des reins ; c'est pourquoi nous avons porté nos recherches personnelles de ce côté, et c'est le résultat de ces recherches que nous nous proposons d'exposer. Nous avons interrogé chaque malade qui se présentait à la consultation de la Maison de secours, et nous avons recherché dans les urines de chacun si le retentissement sur le rein au début de l'affection était réel. Nous avons trouvé parfois de l'albumine et presque toujours des preuves d'une congestion, congestion rénale surtout, et des autres organes génito-urinaires. Nos observations la mentionneront du reste. Qu'il nous suffise de dire que nous avons trouvé de l'albumine tout au début de l'affection, et que c'est la présence de cette albumine que nous essayerons de prouver d'abord, d'expliquer ensuite.

Pour être à l'abri le plus possible de toute chance

d'erreur, nous filtrions régulièrement chaque urine pour écarter toute présence de pus; nous filtrions une seconde fois après l'avoir laissée reposer quelques heures et nous nous livrions ensuite aux réactions ordinaires qui décèlent la présence de l'albumine.

Les réactifs employés étaient : la chaleur d'une part et de l'autre, l'acide azotique.

Nous filtrions l'urine d'une première miction, puis nous la traitions par l'acide acétique, et ensuite séparément par l'acide azotique et la chaleur. Nous croyons de cette façon avoir éliminé l'erreur que nous aurait fait commettre la présence de pus ou de muco-pus. Lorsque nous trouvions des traces d'albumine, nous recommencions l'expérience avec l'urine d'une seconde miction, et chaque fois nous avons trouvé de nouveau l'albumine que nous avait révélée la première épreuve. Du reste, l'objection que l'on peut nous faire à propos de dépôts purulents qui pouvaient nous induire en erreur et détruire par conséquent nos conclusions est suffisamment détruite elle-même par ce fait bien souvent constaté que, chez des individus atteints de cystite, avec pus naturellement, les urines ne donnent pas la réaction de l'albumine à laquelle on est en droit de s'attendre, tandis que chez des individus affectés à la fois de cystite et d'albuminurie, les dépôts purulents se remarquent toujours quand l'albumine n'existe déjà plus dans l'urine filtrée. Nous pouvons donc conclure que chaque fois que des urines nous ont décélé la présence d'une certaine quantité d'albumine, c'est qu'elles nous l'amenaient du rein.

De plus, nous nous sommes toujours adressés à des malades au début de l'affection et qui n'avaient encore subi le moindre traitement soit par les balsamiques, soit par injection. Nous écartons de cette façon les faits relevés au sujet de la présence d'albumine chez des individus qui avaient absorbé soit du cubèbe, soit du copahu, faits niés

par les uns, soutenus par les autres, ainsi que nous l'avons vu dans notre aperçu historique.

Quant à ceux qui s'étaient soumis à des injections quelconques, avant de se présenter à nous, nous les avons également éliminés, par suite des lésions compliquant souvent une injection mal faite, poussée avec trop de violence ou avec un liquide pouvant altérer la nature du canal de l'urèthre, de façon à laisser passer soit l'albumine du sang, soit du pus, soit des fragments de fibrine coagulés. Il est vraisemblable du reste que des surfaces muqueuses qui suppurent secrètent des quantités insignifiantes d'albumine. « Quand les réactifs le décèlent franchement dans l'urine, elle vient du rein (SOUPLET). »

Nous avons pris également pour nos examens uniquement des hommes, pour plusieurs raisons : c'est que d'abord, d'après Balzer et Souplet, les complications rénales de la blennorrhagie ne se remarquent que très rarement chez les femmes ; ces auteurs n'en donnent pas l'explication ; ensuite comme nous voulions expérimenter sur des débuts de blennorrhagie, c'était aux hommes seuls que nous pouvions nous adresser, attendu qu'ils viennent d'eux-mêmes prendre le chemin de la Maison de secours, tandis que les femmes n'y arrivent qu'assez tardivement, et encore plus rarement de leur propre initiative. Si nous nous étions adressé à ces dernières, nous tombions dans une période de la blennorrhagie qui n'aurait pas été la première, et partant, nous nous écartions de notre sujet. Ajoutons en passant que les femmes sont la plupart ignorantes de l'affection qu'elles portent et qu'elles traînent bien souvent cette affection sans s'en douter, preuve pour nous déjà que le retentissement sur le système génito-urinaire ne ressemble pas et n'a pas la portée que nous trouverons chez nos hommes.

Nous laisserons de côté les rapports qui rattachent l'albu-

mine à la présence de l'orchite, puisque d'après Balzer (*Semaine médicale* 1893, p. 411), l'orchite semble jouer un rôle prédisposant sur la présence de l'albumine ; d'autant plus que cet auteur a étudié les manifestations rénales lorsque l'affection était déclarée depuis un certain temps et qu'elle avait eu le temps d'infecter vessie et uretères pour arriver jusqu'au rein.

Les observations qui suivent portent sur cinquante-six examens de malades. Elles ont été faites d'août à novembre 1894, à la Maison départementale de secours, où nous voyions se présenter les malades atteints de blennorrhagie. Si nous osions établir une moyenne, nous dirions qu'environ un sur quinze blennorrhagiques présente des urines albumineuses. Ajoutons que cette albumine, toujours en quantité minime, se révèle d'une manière transitoire et passagère, sans que rien la fasse soupçonner et sans paraître nuire à la santé générale. Bien qu'elle vienne du rein, on n'est pas fondé à dire pour cela qu'il y a affection rénale, car on en rencontre également des traces dans bien d'autres affections, sans qu'il y ait lieu pour cela d'en tirer un pronostic défavorable.

Ajoutons enfin que nos malades ne relevaient d'aucune maladie infectieuse antérieure et qu'ils n'accusaient dans leurs antécédents aucune tare pouvant expliquer la présence de ces traces d'albumine.

OBSERVATION IV (personnelle).

T., charpentier, arrive le 14 août avec une blennorrhagie datant de trois jours. Il est âgé de 26 ans et ne présente aucun antécédent. L'écoulement est abondant et le méat urinaire très enflammé. Il vint nous trouver, disant qu'il ressent partout, dans les reins, dans le périnée, dans le scrotum une gêne tellement considérable, qu'il demande à suivre un traitement. Il n'a jamais ressenti ces douleurs généralisées dans toute la région lombaire

et périnéale et prétend les avoir depuis la veille déjà, c'est-à-dire dès le lendemain de l'apparition de l'écoulement.

Nous examinons ses urines avec les procédés cliniques cités et nous trouvons des traces d'albumine ; nous ne soumettons le malade à aucun traitement et nous le faisons revenir chaque matin ; la seconde fois nous trouvons encore de l'albumine, quoique les douleurs de la veille aient sensiblement diminué ; le troisième jour nous constatons la disparition totale des douleurs qui nous l'avaient surtout amené à la consultation, et toujours des traces d'albumine. Il revient successivement durant huit jours, mais à l'examen, nous ne trouvons plus rien du tout désormais jusqu'au huitième jour où nous le renvoyons avec un traitement. Le malade donnait des urines claires et surtout abondantes, toujours acides, et s'est plaint de s'être relevé très souvent dans la nuit, surtout dans les premiers jours de l'affection.

OBSERVATION V (23 août 1893, personnelle).

Michel X., 17 ans, cordonnier, est atteint d'une blennorrhagie datant de quatre jours ; il n'en a jamais eu auparavant et n'a jamais fait de maladie importante. Il a été pris trente-six heures après un coït : l'écoulement est très abondant quand le jeune homme se présente à la consultation ; il n'a suivi aucun traitement. Il se plaint d'uriner fréquemment et de ressentir une forte cuisson à chaque miction ; depuis la veille, il a quelque difficulté de marcher, dit-il, parce qu'il ressent dans les reins des douleurs sourdes qui ne le quittent que lorsqu'il se couche. Chez lui le moral est fortement atteint et il semble ne pas se rendre compte de la bénignité de l'affection qui l'amène à la Maison de secours.

Nous examinons ses urines qui présentent des traces d'albumine ; elles sont claires à l'émission, sans se troubler dans le vase dans la suite ; elles offrent la réaction acide au début.

Nous faisons revenir le malade le lendemain et le voyant encore aussi affecté que la veille, nous le faisons entrer au service pour y suivre le traitement ordinaire : lavages à l'eau iodée. Les urines, examinées à nouveau, dénotent encore l'albumine, toujours en faible trace. Le lendemain, soit que le malade repose au lit :

soit pour tout autre raison, on ne trouve plus dans ses urines l'albumine des premiers jours. Le malade ne se plaint plus de douleurs rénales et n'accuse plus les symptômes en question durant les trois semaines qu'il reste à la Maison pour suivre son traitement ; ses urines ont été examinées chaque jour jusqu'à la sortie du malade, trois semaines plus tard. Comme quantité, elles ont varié chaque jour de 1200 à 1500 grammes.

OBSERVATION VI (15 septembre, personnelle).

X., 21 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Il a eu une première blennorrhagie en 1892, qui lui a duré deux mois et qu'il a guérie par des injections. Celle-ci, pour laquelle il vient, date de huit jours et lui est survenue vingt-quatre heures après un coït : elle n'a été soumise à aucun traitement. Le malade se présente à la Maison de secours, parce qu'il craint une orchite ; il prétend en effet ne pas pouvoir marcher parce que chaque pas qu'il fait retentit, comme il dit, dans le scrotum et les testicules. Le palper épидидymaire est en effet très douloureux à droite et à gauche, mais on ne constate qu'un état normal comme volume. Craignant nous-même pour le malade une épидидymite, nous le décidons à entrer au service, où on le soumet à la glace. Parallèlement, nous examinons le jour même ses urines, qui nous offrent un léger anneau d'albumine ; comme quantité, elles atteignent 1.500 grammes le premier jour ; elles sont claires à l'émission et se troublent dans la suite, avec une odeur aigrelette.

Le lendemain, nous revoyons le malade dont les douleurs scrotales ont disparu et qui ne présente plus la moindre trace d'albumine, ainsi que les jours suivants. Le malade en est quitte pour une blennorrhagie ordinaire qu'on lui guérit dans la suite aux lavages d'eau iodée.

OBSERVATION VII (personnelle).

D., 18 ans, est employé de café. Il s'est guéri en 1892 d'une première blennorrhagie, dit-il, avec des injections d'eau blanche.

Celle qui l'amène aujourd'hui, 20 septembre, date de huit jours et est accompagnée des symptômes qu'il nous raconte. Il souffre beaucoup à chaque miction, surtout à la fin ; les mictions sont fréquentes et le malade est obligé de se relever de six à huit fois chaque nuit. Il dit ne pas tacher sa chemise de sang, comme il arrive dans les cas de cystite.

Nous voulons le faire entrer, mais il s'y refuse, ne pouvant quitter son service. Nous profitons de sa présence pour examiner ses urines, que nous filtrons comme d'habitude ; celles-ci sont légèrement troubles, sans dépôt cependant, mais elles ne nous donnent aucune trace d'albumine ; nous faisons revenir le malade le lendemain : il se plaint d'uriner aussi souvent et beaucoup, surtout la nuit ; les douleurs de la miction sont toujours considérables, mais nous ne trouvons pas d'albumine. Nous lui faisons prendre dès lors des capsules de térébenthine, ainsi que des bains, qui lui calment à la fin ses souffrances. Il revient huit jours durant, mais aucune fois, ses urines ne nous ont révélé la présence d'albumine. Les symptômes dominants ont donc été chez lui des phénomènes de cystite, cystite passagère cependant, puisqu'elle ne semble lui avoir duré que trois ou quatre jours et ne donnait pas de dépôt purulent dans les urines, ni globules de pus sous le microscope.

On voit dans les trois premières de ces observations la présence réelle d'albumine ; nous essayerons d'en expliquer la cause dans notre chapitre pathogénie. En outre l'on peut constater que beaucoup de ces malades se plaignent de douleurs tantôt dans la région lombaire, tantôt vers le scrotum et les testicules, tantôt enfin vers le périnée ; d'autres se plaignent de lourdeur, de gêne dans tout le petit bassin, sans pouvoir localiser le mal plutôt sur un organe que sur l'autre. Faisant abstraction de l'effet moral produit chez certains individus par la présence d'une blennorrhagie, et portés par conséquent à exagérer ce qu'ils peuvent ressentir, nous ne pouvons nier qu'il se produise du côté de ces organes un retentissement. Nous voyons par exemple dans la vi^e obser-

vation le malade se plaindre de douleurs du côté de l'épididyme, douleurs qui font craindre à lui et au médecin l'apparition d'une orchite, mais les symptômes s'amendent rapidement dès le lendemain et il en est quitte pour la peur.

De même dans l'observation VII, le malade accuse une véritable cystite, ce sont du moins des symptômes de cette complication qui ont dominé chez lui; chose à remarquer, la cystite, peu intense, il est vrai, est apparue dans les premiers jours de la blennorrhagie, tandis que la plupart des auteurs ne la signalent guère que dès la troisième semaine généralement; il n'y a eu ni sang, ni trace de pus dans les urines, mais surtout de la polyurie, avec fréquence de mictions et douleurs, symptômes suffisants pour conclure à une cystite, malgré son peu de durée et la bénignité relative des symptômes.

Outre ces cystites passagères, il peut se produire, par suite de la tuméfaction locale de la muqueuse uréthrale, des troubles du côté des mictions. Cette tuméfaction a pour effet une réduction de la lumière du canal. « Pour éviter la douleur, dit Finger, le malade ne met pas en jeu la presse abdominale; quand la sensibilité est exagérée, le jet est arrêté par la contraction du compresseur de l'urèthre, contraction qui peut être réflexe, si l'irritation est grande, d'où une contraction qui peut persister plus ou moins longtemps, de là dysurie, parfois rétention pour peu qu'en plus la muqueuse enflammée ait perdu son élasticité, et par suite difficulté de sortir pour l'urine ». Il en est de même pour l'éjaculation, car, bien que la maladie soit localisée dans le canal uréthral, les phénomènes d'excitation sexuelle n'en existent pas moins et peuvent être pour l'individu la cause de tourments.

« Ces phénomènes d'excitation sexuelle manquent rarement dans l'urétrite aiguë, dit plus loin Finger,

et se manifestent déjà au stade prodromique par une exagération morbide des désirs sexuels, par des érections fréquentes et soutenues, par une plus grande facilité de l'*impetus coendiis*, laquelle porte souvent le malade à se livrer à des excès vénériens. »

Comment expliquer les symptômes du côté des reins, de la vessie, prostate et épидидyme, sinon par la congestion ? On ne peut en effet prétendre qu'au bout du second ou du troisième jour d'une blennorrhagie, l'infection gonococcique ait pu se manifester sur ces organes ; sur le rein, soit encore l'albumine constituant une manifestation rénale passagère, liée à des éliminations de toxine que l'on rencontre dans toute maladie infectieuse et produites ici par le gonocoque : les produits absorbés par le sang passent ensuite par le rein et produisent par leur passage une action nocive sur le parenchyme rénal, le rein n'étant en somme que l'aboutissant des produits de la circulation.

Mais, dans nos observations personnelles, il n'y a pas que lui qui soit en jeu : parallèlement, les organes génito-urinaires présentent également les manifestations citées ; il y a donc un lien qui rattache entre eux ces divers symptômes, il y a la congestion. Nous savons quel lien de parenté relie ces organes, liens d'innervation comme de circulation.

Luxcey, dans sa thèse de Paris 1879, dit : « La physiologie prouve en effet que les reins, la vessie, l'urèthre ont dans un centre médullaire ou du moins dans des centres médullaires unis par la plus étroite solidarité, un régulateur commun de leurs fonctions. »

Brown-Sequard, irritant la muqueuse vésicale, détermine une congestion rénale interne. La destruction du centre génito-spinal, en même temps qu'il fait apparaître des contractions non douteuses de la vessie, s'accompagne de congestion des reins, d'albuminurie et ruptures capillaires dans cet organe. Ainsi nous voyons les maladies des voies

urinaires inférieures retentir par voie réflexe sur l'appareil rénal, elles nous montrent même le chemin suivi par l'irritation, partie du foyer primitif. Depuis longtemps l'attention des médecins avait été éveillée par les revers terribles déterminés par l'intervention chirurgicale la plus simple en apparence, à la suite d'un simple cathétérisme. »

De plus les plexus de l'urèthre, de la vessie, de la prostate et du rectum s'anastomosent entre eux, d'où une dépendance réciproque.

Sous l'influence de l'irritation de la muqueuse uréthrale, se produit donc cette congestion qui nous permet d'expliquer ces sentiments de gêne et de pesanteur que nos malades accusent si souvent vers le bassin, et dus à la réplétion exagérée, à la dilatation des vaisseaux, se traduisant enfin par de la douleur, douleurs prostatiques, douleurs vésicales, rectales et douleurs épидidymaires.

Quant à la congestion rénale, elle est encore plus intense, étant donné le nombre des vaisseaux du rein, l'abondance de sa vascularisation; c'est elle qui se manifeste par la gêne et les douleurs lombaires, exagérées par la pression et le mouvement, et calmées par le repos; c'est elle qui explique la polyurie, le besoin plus fréquent d'uriner, surtout la nuit, et aussi les érections régulières expliquées par le fait du développement d'une vessie souvent pleine et gênant par suite la circulation des plexus.

Guyon, dans ses *Leçons cliniques des maladies des organes génito-urinaires*, fait ressortir en maints endroits le parallélisme qui relie tout l'arbre urinaire, et la facilité d'amener une congestion des reins par le moindre accident inflammatoire. Il cite des cas de cathétérisme, faits pourtant avec des instruments bien aseptiques et ayant occasionné cependant un contrecoup inflammatoire du côté de la vessie et du rein. « Parfois le rein s'enflamme spontanément, dit-il, sous l'influence de l'intervention chirurgicale,

faite sur la prostate par exemple, même lorsqu'elle est sagement et antiseptiquement conduite. »

Ajoutons que les phénomènes congestifs que nous avons observés ont toujours été très fugaces et que nous ne les avons jamais vus aller jusqu'à l'inflammation ; il est vrai qu'au milieu de symptômes plus graves, dus à une néphrite par exemple, ou même à un état inflammatoire aigu du rein, il nous aurait été difficile d'assigner à la congestion ce qui lui revenait.

Nous savons d'autre part que la congestion n'est que le premier degré de l'inflammation ; or toute cause d'inflammation peut à plus forte raison déterminer une congestion. Or, d'après les lois générales de la physiologie « toute irritation du canal excréteur d'une glande provoque par réflexe une congestion de parenchyme sécréteur ». Nous pourrions donc dire que toute irritation de la vessie et de l'urèthre provoquera une congestion rénale, si nous osons comparer le rein à une glande et l'arbre urinaire au canal excréteur. Guyon, à ce propos, prouve que les réflexes partis de la vessie se répercutent sur le rein : la polyurie, par exemple, donnera de la congestion rénale, pourquoi ? Parce que la polyurie amènera la distension de la vessie et mettra en jeu sa sensibilité et ses réflexes, comme le prouvent les douleurs des malades atteints de rétention. Par le fait de l'infection blennorrhagique dans le canal de l'urèthre, voie d'excrétion du rein, nous avons plus qu'un simple contact, quelque chose qui équivaut à plus qu'une distension : c'est la présence du gonocoque qui vient de prendre possession du terrain, et contre lequel va lutter l'organisme, d'où une certaine réaction, réaction qui retentira par réflexe sur tout le système génito-urinaire. Comme nous avons affaire à un rein sain, généralement, nous aurons des phénomènes de suractivité fonctionnelle dus à la congestion, sans altération des éléments normaux, nous aurons de la polyurie certaine ;

quant à l'hématurie, nous n'en avons jamais constaté dans nos observations.

En résumé, nous pouvons affirmer que dans la période initiale de la blennorrhagie, il peut se produire, par voie réflexe, de la congestion rénale, ainsi que des autres organes génito-urinaires, réflexe qui partirait des voies inférieures de l'arbre urinaire, le canal de l'urèthre, dès qu'il est infecté par le gonocoque.

6° URÉTÉRITE

Les phénomènes peuvent retentir également sur l'uretère et occasionner des symptômes plus graves.

OBSERVATION VIII.

Hydronéphrose par rétention urétérianne dans les premiers jours de la blennorrhagie et qui devient ensuite pyonéphrose.

Le nommé M., âgé de 24 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires bien marqués ; on retrouve dans son enfance quelques manifestations légères de scrofule. Il nous raconte que le 16 novembre dernier, quarante-huit heures après un coït, il vit survenir un écoulement blennorrhagique aigu. Deux ou trois jours après ce début, sur les conseils de camarades, il se fait à plusieurs reprises des injections uréthrales d'eau blanche ; ce traitement entraîne la suppression brusque de l'écoulement.

Cependant une sensation de pesanteur au périnée, une douleur légère à la miction, un certain degré de ténisme vésical, et, au bout de quelques heures, l'apparition, le matin, d'une goutte de pus au méat, tiennent en éveil l'attention du malade qui se décide le surlendemain à venir à la consultation. Cet homme ne reste pas au service, mais revient le 22 avec des accidents bien autrement accentués. Il se plaint de douleurs dans la région lombaire, douleurs sourdes, exaspérées par le moindre mouvement;

l'extrême sensibilité de cette région rend la palpation intolérable et inutile.

L'attitude du malade rappelle celle des gens atteints de phlegmon périnéphrétique ; le corps est légèrement plié en deux, les muscles lombaires et abdominaux, contracturés, interdisent toute tentative de redressement ; la marche est difficile et pénible, le corps se meut d'une pièce, la contracture s'étendant jusqu'aux muscles pelvi-trochantériens.

L'écoulement est complètement tari ; l'exploration de l'urèthre, à l'aide d'une bougie de Guyon, permet de constater un léger ressaut au niveau du cul-de-sac retro-bulbaire ; le passage de la bougie dans cette région provoque une douleur légère.

Du côté de la vessie, aucune sensibilité anormale. On soumet le malade au régime lacté et on lui fait prendre journellement plusieurs cachets de benzonaphtol et salol. Les urines ne contiennent pas de pus : il n'y a pas de cystite.

Les jours suivants, l'état du malade ne s'améliore pas ; les douleurs lombaires deviennent plus vives ; le malade est condamné à l'immobilité absolue et au lit. On pose des pointes de feu qui procurent d'ailleurs un soulagement très passager.

Les urines, recueillies tous les jours, sont normales ; quantité 1.800 à 2.000 centimètres cubes.

Le 25, la situation a peu changé, cependant on constate que les douleurs, diffuses et généralisées à toute la région lombaire, tendent de plus en plus à se localiser et à se limiter à la région rénale droite ; à gauche, la sensibilité décroît ; à droite, au contraire, au-dessous des côtes, à quelques travers de doigt en dehors de la colonne vertébrale, elle est à son maximum. Pourtant on ne voit à ce niveau aucune tuméfaction ; la matité rénale ne paraît pas augmentée, la peau a conservé son aspect normal. En avant, la contracture des muscles abdominaux empêche toute exploration.

Le lendemain, nouvelle tentative d'exploration de la fosse iliaque droite et de l'abdomen, mais la contracture musculaire est telle, que l'on est obligé de recourir à l'anesthésie chloroformique, qui est pratiquée immédiatement.

Voici ce que l'on constate : la palpation de la fosse iliaque

droite révèle dans la profondeur l'existence d'un cordon dur, de la grosseur d'un fort crayon, se dirigeant de haut en bas, s'arrêtant nettement sur le détroit supérieur et aboutissant en haut à une tuméfaction assez volumineuse, rénitente, paraissant lobulée, au devant de laquelle la sonorité décèle la présence de l'intestin.

Cependant, le lendemain, sans cause connue, la situation semble s'améliorer et l'état général se relever. Les douleurs diminuent d'acuité, la sensibilité de la région rénale droite va s'amointrissant. Le 28, la marche n'est plus très douloureuse ; le redressement du corps peut s'effectuer d'une manière presque complète.

Cependant le 29 survient une poussée fébrile ; la température prise jusqu'à ce jour régulièrement sans accuser la moindre chaleur, marque 38° 8, puis les jours suivants, 38° 2, 37° 8. Cette élévation de la température coïncide avec l'apparition dans les urines de quelques flocons blanchâtres qui, soumis au microscope, se trouvent être constitués par du muco-pus.

Au commencement de décembre, la quantité de pus accumulée au fond du vase est un peu plus considérable ; le malade se plaint de douleurs légères avant et après la miction, laquelle est précédée de quelques gouttes de pus ; cet écoulement blennorrhagique, qui réapparaît, devient de plus en plus abondant, il est jaune verdâtre, épais, analogue à celui d'une blennorrhagie au début de la deuxième période.

Malgré cela, l'état du malade va s'améliorant ; les douleurs rénales ont complètement disparu ; l'abdomen se laisse facilement explorer ; l'uretère n'est plus perceptible ; la tumeur rénale n'existe plus. Il persiste une certaine douleur à la miction et une sensation de pesanteur au niveau des reins pendant la marche.

Vers le 10 du mois suivant, on prescrit des injections uréthrales de liqueur de Van Swieten à 0 gr. 25 0/00 qui, en peu de jours, réduisent l'écoulement à quelques gouttes.

A la fin du mois, le pus a disparu complètement. A partir de ce moment, la température est normale, les urines sont claires, abondantes, sans pus ni albumine.

Quinze jours après, le malade ne ressent absolument puls rien ; il quitte la Maison de secours en parfait état de santé.

D'après cette observation, on voit que l'urétérite peut être également une complication des premiers jours de la blennorrhagie ; c'est elle qui explique la rétention de l'urine dans les calices et bassinets au point de provoquer une hydronéphrose. Il s'est produit une congestion localisée dans ce canal, très douloureuse, comme le signale l'observation, et assez intense pour oblitérer le conduit et faire obstacle au cours de l'urine. Ici pas d'infection ascendante blennorrhagique et aucune analogie avec ce que disait Rayer : « Dans le cours de la blennorrhagie, il survient, et moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens, une inflammation légère, mais rebelle, de la membrane muqueuse de la vessie, inflammation qui, des uretères, se propage jusqu'au bassinets et s'accompagne de douleurs rénales. »

Le mécanisme de cette obstruction s'explique par l'anatomie de l'uretère. « Le calibre de l'uretère est inégal dans son trajet, des injections faites avec des matières solidifiables ont toujours montré un rétrécissement véritable, une sorte de collet plus ou moins marqué à l'union avec le bassinets, une véritable dilatation fusiforme dans la partie moyenne, et une légère diminution de calibre, mais peu accusée, dans les derniers centimètres avant la vessie. Le rétrécissement supérieur est si accusé que les moules solidifiables de l'uretère avaient toujours tendance à se briser à ce niveau. Point de valvules normales, ni à l'embouchure des calices dans le bassinets, ni sur le trajet de l'uretère, comme le fait remarquer Cruveilhier, l'embouchure vésicale est le calibre le plus étroit. »

D'autres anatomistes, à l'opposé de Cruveilhier, ont constaté dans le canal urétérien l'existence de véritables valvules.

A. P. Hallé, dans ses autopsies d'urétéro-pyérites, a constaté des épaississements valvulaires dans le trajet, des

plis valvulaires, des éperons, causant des rétrécissements réels ; de plus, quand les uretères sont enflammés, il saille à l'intérieur de petits kystes qui ne sont que de petites glandes existant surtout vers le bassin.

Il est probable que la congestion de l'uretère dans notre cas s'est localisée de préférence à un endroit très rétréci du canal, ou au niveau d'une valvule, d'où un rétrécissement comparable à ceux de l'urèthre et produit dans des circonstances analogues, à la suite d'inflammation du canal, et par suite obstacle au cours de l'urine ; c'est la tuméfaction assez volumineuse, que la palpation fait constater dans la profondeur de la fosse iliaque droite, avec l'existence d'un cordon dur, de la grosseur d'un fort crayon partant de la tuméfaction pour se perdre dans le petit bassin. Ce cordon dur n'était autre que l'uretère épaissi, dilaté, s'opposant au cours de l'urine et par conséquent distendu ; quant à la tuméfaction, elle était constituée par le bassin, formant poche renfermant du liquide, poche rénitente, et prouvant une réelle distension du bassin, et non fluctuante comme dans la plupart des hydronéphroses.

Nous avons donc eu affaire à une hydronéphrose tout au début de l'affection blennorrhagique, qui est devenue dans la suite pyonéphrose, comme le fait remarquer la température accusée le 28 et les jours suivants, ainsi que la présence de pus au fond du vase. Il est à supposer que, à ce moment, l'urine a retrouvé son passage quand l'uretère est revenu à son état normal, une fois la période congestive résolue. Suivant son cours dans l'uretère, elle a eu dès lors assez de pression et de force pour que, aidée des contractions musculaires du canal, elle ait pu gagner la vessie.

Il y a eu simple urétérite et peu probablement les lésions indiquées par Hallé. (*Urétérites et pyélites*, Th. Paris, 1888.) « Macroscopiquement, dit-il, les lésions dans l'urétérite sont de deux sortes : on remarque l'urétérite avec dilatation

et l'urétérite avec épaissement des parois et sans dilatation.

« Dans l'urétérite avec dilatation le conduit est volumineux, bosselé, rappelant le volume de l'intestin grêle. La circonférence peut aller jusqu'à dix centimètres. Son calibre est irrégulier, moniliforme, présentant des dilatations et des rétrécissements très serrés. Le tissu cellulaire de la périphérie n'est pas altéré, il glisse facilement dans son atmosphère celluleuse. Les parois, épaissies au niveau des rétrécissements, sont partout ailleurs amincies au point de devenir transparentes. L'ouverture du canal montre une muqueuse épaisse en certains endroits, tomenteuse, rouge, ecchymosée en d'autres, plus rarement elle est exulcérée, quelquefois parsemée de petites saillies kystiques. Les points rétrécis sont irréguliers, on y voit des plicatures de la muqueuse, laissant à peine pénétrer un stylet. Si dans ce conduit on veut faire passer un liquide, on voit qu'il franchit difficilement les orifices valvulaires. Leur nombre est variable, mais leur siège de prédilection est au collet du bassinet, à son point de jonction avec l'uretère, à sept ou huit centimètres en avant de la vessie, et à trois ou quatre de l'ouverture de la vessie. Ces replis sont formés par un épaissement de la tunique musculaire, doublé d'une muqueuse qui a perdu son épithélium ; dans l'urétérite avec dilatation, le canal est plus long que normalement.

« L'aspect est tout autre dans l'urétérite sans dilatation, c'est un cordon épais, presque rectiligne, induré, enfermé dans une gangue de tissu fibro-graisseux.

« A la coupe, on constate que l'épaisseur de ses parois est due à la péri-urétérite. La lumière du canal n'est élargie qu'en quelques points, elle présente des parties rétrécies, mais à leur niveau, la muqueuse est lisse, d'aspect fibreux et cicatriciel.

« Ces rétrécissements peuvent aller jusqu'à l'oblitération complète. »

D'un autre côté, le fait d'urétérite essentielle, semble rare à certains auteurs, qui prétendent que les lésions de l'uretère ne sont jamais isolées, mais liées pour ainsi dire toujours aux lésions du rein et du bassinet. Cependant on cite des cas d'urétérite sans suppuration concomitante du rein et du bassinet, celui par exemple noté par Bureau, et reproduit par Rousseau (*Contribution à l'étude des urétérites et de leur traitement chirurgical*. Thèse, Paris 1892-93).

« C'est une femme de 20 ans, qui entre en avril 1888 dans le service de M. Guyon, pour cystite ; elle a de la rétention et de l'hématurie parfois, avec des symptômes de pyonéphrose intermittente. On fait une incision exploratrice et la palpation directe du rein gauche à deux reprises différentes. On ne trouve rien dans le rein, rien dans le bassinet, et cependant, dans les mois qui suivent, le toucher vaginal fait toujours constater un uretère gauche douloureux. Avec la suppression de pus dans les urines coïncidait une augmentation des douleurs rénales et de l'élévation de température.

« En octobre 1889, on fit une troisième intervention, une néphrotomie ; le doigt, introduit dans le bassinet, ne fait constater ni calcul, ni pus.

« La malade guérit de la troisième opération ; jusqu'en novembre, on sent toujours un empâtement profond sur le trajet de l'uretère, jusqu'au jour où, à l'époque des règles, survint une débâcle abondante de pus : d'où guérison définitive. »

Quant à l'étiologie de l'urétérite chez cette femme, l'auteur n'en parle pas, il est probable qu'il s'agissait de la pénétration d'un agent pathogène dans les voies urinaires, surtout chez une femme, où l'urèthre est accessible aux micro-organismes du vagin, toujours est-il qu'avec sa cystite,

la malade a accusé une urétérite franchement suppurée.

Chez notre malade, la rétention urinaire a cessé juste au moment où l'hydronéphrose est devenue pyonéphrose, et où une intervention chirurgicale allait être jugée nécessaire, par crainte de pyélite consécutive et de néphrite suppurative, terminaisons habituelles de l'affection.

Quant à expliquer la formation du pus, autrement dit, la transformation en pyonéphrose, nous le ferons en disant que c'est par le même mécanisme que la formation d'un abcès à distance dans le cours d'une maladie infectieuse.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DE CES DIVERS ACCIDENTS

Le retentissement général de la blennorrhagie à sa période initiale est-il dû à une cause unique ou à plusieurs ? Telle est la question posée depuis longtemps pour les accidents en général de l'affection, question qui n'est pas prête encore d'être résolue. Tous les accidents qui surviennent au début de l'affection ne sont encore que difficilement explicables, ce n'est pas que les théories fassent défaut ; c'est bien en raison de l'absence de preuves directes. Accidents à la période initiale, accidents pendant le cours de la blennorrhagie, accidents consécutifs, même après la guérison, tels sont les faits constatés par les cliniciens. Les théories ne manquent pas ; tant qu'il s'agit d'expliquer les complications de la période secondaire, on a pu les attribuer au microbe spécifique de la blennorrhagie, au gonocoque, d'autant plus qu'on l'a trouvé un peu partout, partout où se manifestait une complication.

Dans les premiers temps qui ont suivi la découverte de cet agent, on lui a appliqué ce qui pouvait être appliqué aux microbes pathogènes, l'infection par le transport par voie sanguine, c'est la théorie uniciste, théorie faite un peu à la hâte, qui rattache les accidents à une cause unique, le gonocoque. Une seconde théorie qui a suivi la première, c'est celle qu'a soutenue Legrain à Nancy, celle de Guyon aussi, ou théorie de l'infection secondaire. (Les complications diverses de la blennorrhagie uréthrale à gonocoque ne

paraissent pas causées par ce microbe, mais semblent relever d'infections secondaires.) Enfin une troisième théorie est celle de l'infection mixte; dans un premier degré se manifesterait l'influence du gonocoque, et dans une seconde phase interviendraient les microbes de la suppuration.

Le fait est que le gonocoque a été vu partout, dans le vagin, dans l'urèthre, dans le col utérin. On l'a trouvé dans le sang, dans le cœur (Schedler, 1880), dans la vessie, dans le péritoine, la complication péritonéale étant due, a-t-on dit, à la béance de l'orifice tubaire. Il a été vu dans la bouche, dans le rectum. Quant aux articulations les uns l'y ont trouvé, les autres non. Guyon et Janet (1889) ne l'y ont jamais rencontré. Deutchmann en a trouvé, Lindermann aussi. La vérité est qu'on ne peut le certifier que par des ponctions au début de l'épanchement, et on n'en a fait que six ou huit jours après. On sait du reste que le rhumatisme blennorrhagique a suscité des débats célèbres, entr'autres la discussion de la Société médicale des hôpitaux (1866), entre Fournier et Peter; le rhumatisme blennorrhagique ne reconnaît pas toujours la même étiologie; dans une série de cas, on a trouvé dans le liquide articulaire des gonocoques bien nets, démontrés par la culture; ce serait des métastases dues à l'exode des gonocoques qui, par la voie sanguine, se rendraient de l'urèthre dans les articulations; dans d'autres cas, ceux où on ne le retrouve pas dans ces articulations, on verrait s'ajouter à l'infection blennorrhagique des phénomènes pyémiques qui expliqueraient les accidents.

La tendance actuelle admet l'hypothèse de poisons gonococciques; de toutes parts dans le domaine de l'infection, le rôle des poisons est de plus en plus invoqué, c'est l'idée admise par exemple pour le poison de la diphtérie. Fürbringer admet que la plupart des complications de la blennorrhagie doivent s'expliquer par les déterminations du poison

fabriqué par le gonocoque, qui prendrait pour voie d'absorption la voie habituelle des autres infections, les lymphatiques par exemple, le sang également, et irait se localiser dans les tissus prédisposés.

C'est la théorie qui convient le mieux à nos accidents de la première période, où nous observons dès les premiers jours des troubles de l'état général ; tout d'abord, le virus a été déposé dans l'urèthre en si petite quantité qu'il ne produit qu'un minimum à peine sensible de phénomènes subjectifs ou objectifs ; puis le gonocoque sécrète des substances qui se multiplient localement d'abord, pour se diffuser rapidement ensuite dans tout l'organisme ; celui-ci dès lors réagit par des manifestations qui deviennent des plus sensibles. Nous avons des sensations de chaleur, de légères élévations thermiques vespérales, qui prouvent que l'organisme est déjà envahi, il y a un résultat de l'empoisonnement et de la viciation du sang par les matières virulentes de l'écoulement purulent, c'est un état analogue à celui que l'on observe dans la syphilis, qui est dû à l'action du virus syphilitique sur le sang.

Quant aux douleurs articulaires et du côté des séreuses, on les a expliquées jadis, alors que la nature de la blennorrhagie était inconnue, par des actes réflexes divers, qui, partant de l'urèthre, allaient à la moelle et provoquaient des affections variées : c'était l'opinion de Trolard, professeur d'Alger. Lewin, en 1878, était le principal défenseur de ces idées ; il mettait le rhumatisme blennorrhagique sur le compte d'influences vaso-motrices ; d'après cette théorie, le rhumatisme résulterait d'un trouble vaso-moteur réflexe ayant son point de départ dans l'irritation de l'urèthre enflammé. « L'influence toxique blennorrhagique purulente, disait Lewin, provoque une irritation vive de la muqueuse uréthrale et consécutivement des effets analogues, principalement des arthropathies, des éruptions. »

Nous préférons ici encore, avoir recours à la théorie des

toxines qui explique plus naturellement les phénomènes que nous avons constatés. Dans l'observation I, où nous voyons un jeune homme atteint d'une blennorrhagie de quelques jours présenter des épanchements séreux successifs, nous nous basons sur l'absence constatée des gonocoques dans les épanchements purement séro-muqueux, pour songer à une origine névropathique de ces manifestations ; la cause peut être attribuable à l'action sur les centres nerveux des poisons ou toxines fabriqués dans l'urèthre. « Tous ces accidents arthropathiques et du côté des séreuses sont de nature à faire penser que le rôle du système nerveux est là dedans pour une large part. M. le professeur Fournier a observé une arthroblennorrhagie chez qui chaque coït était presque invariablement suivi dès le lendemain d'une recrudescence de douleurs. Dans tous les cas, l'influence de la fatigue et de la dépression survenue comme cause provocatrice apparaît nettement. » (Observation de Jaquet. *Ann. de Dermat. et Syph.*, 1892, p. 682.)

De même pour l'observation II, qui est un exemple de phénomènes nerveux spéciaux se traduisant par une névralgie sciatique, attribuable encore à l'action des toxines.

L'observation III de Rochet, de Lyon, prouve réellement une lésion médullaire, relevant directement de la blennorrhagie ; dans ce cas le système nerveux a été touché par la blennorrhagie, ou du moins par ses agents qui ont déterminé une lésion temporaire. Le centre vésical aura été touché par le virus blennorrhagique pendant quelques jours, comme le dit l'auteur, par les toxines venues du canal uréthral, dirons-nous aujourd'hui, toxines ayant eu une certaine affinité pour le centre vésical. Ce serait une preuve de plus qu'il se produit dans la blennorrhagie de ces agents toxiques. Ce sont eux qui expliqueraient les manifestations méningo-médullaires constatées souvent au cours de la blennorrhagie.

Souplet, en 1893, disait : « La blennorrhagie peut apporter des modifications d'ordre dynamique sur le système nerveux, sans qu'il y ait rien de spécial dans le mode de production de ces modifications que l'on puisse assimiler entièrement à celles que déterminerait le traumatisme articulaire, sans qu'il y ait lieu de l'interpréter autrement que par un acte réflexe. » Il cite des cas de sciatique, de névrite, en se demandant si le système nerveux est réellement touché par la blennorrhagie.

Leyden, en 1892, affirmait qu'« il est impossible de douter de la nature blennorrhagique de certaines myélites. » Il incline à penser que la véritable cause de développement de l'affection spéciale réside très probablement dans le gonocoque lui-même.

On pourrait invoquer aussi l'action des poisons de ce microbe. Ainsi Roger (1891) a pu provoquer expérimentalement, avec des cultures de streptocoques dont la virulence avait été modifiée au point que l'injection intra-veineuse ne paraissait sur le moment provoquer aucun accident, a pu provoquer un ensemble de phénomènes comparables à l'atrophie musculaire progressive. « Au moment de la mort de l'animal, plus de streptocoques, disparus de l'organisme, d'où la tendance à admettre que les amyotrophies relèvent des produits solubles laissés par les agents figurés. A l'autopsie, lésions des cellules des cornes antérieures, rien aux racines antérieures ni aux troncs nerveux et aux rameaux musculaires. »

Pour MM. Spillmann et Haushalter « on ne peut expliquer les troubles trophiques profonds de la peau et les troubles intenses de la sensibilité présentés par les malades par les modifications purement dynamiques des centres nerveux. Pour eux, il y a altération ou dans la moelle ou dans les nerfs périphériques. Ils seraient disposés à admettre une méningo-myélite avec arthropathie d'origine nerveuse, sans

nier que les phénomènes pourraient s'expliquer par une polynévrite aiguë, soit d'origine périphérique, soit secondaire à l'irritation des racines, par un foyer de méningite spinale aiguë ».

Notre rétention est donc une rétention par parésie vésicale, liée à une maladie de la moelle et non aux causes ordinaires des rétentions ; le cathétérisme explorateur nous le renseigne suffisamment.

Nous avons vu au chapitre II la congestion se manifester sur tous les organes génito-urinaires, congestion que nous avons interprétée d'origine réflexe, nous basant sur le parallélisme qui relie entre elles toutes les parties du système génital et urinaire. Nous avons vu ces sensations de pression, de pesanteur ressenties du côté du périnée, ces sentiments de plénitude du rectum, accusant une congestion de la prostate et se traduisant par des mictions plus fréquentes, des défécations souvent douloureuses ; du côté de l'épididyme, nous avons mentionné ces sensations douloureuses dans les aines au voisinage de l'orifice externe du conduit inguinal, sensations qui s'irradient dans les régions rénale et scrotale et finissant par se localiser dans l'une des bourses. Nous pouvons mentionner également la douleur à la pression du canal déférent devenu dur, trahissant un certain degré de funiculite, tous phénomènes significatifs de congestion.

Quant à la présence de l'albumine dans les urines, nous l'attribuons, comme nous l'avons dit plus haut, au passage des toxines s'éliminant par les reins et produisant par leur passage une action nocive sur le parenchyme rénal, tout en admettant que ces troubles peuvent être aussi d'origine médullaire. Nous hésitons à l'attribuer à une congestion intense. Tout le monde sait qu'on peut constater cette albumine quand la pression sanguine s'élève dans les vaisseaux du rein et dans d'autres circonstances ; dans les affections

douloureuses intenses des viscères abdominaux, par exemple. La présence d'urines albumineuses dans le cours d'urétrites avait déjà été constatée et expliquée par Ultzmann, en 1880, qui se faisait l'interprète de la théorie de Runeberg. « L'albumine, dit-il, passe dans les reins normaux, des glomérules dans les canalicules urinaires, quand la pression artérielle diminue dans les glomérules, ou quand la pression à laquelle est soumise la sécrétion urinaire augmente dans les canalicules urinaires. Cette dernière condition est réalisée s'il y a stase dans l'appareil excréteur de l'urine. L'inflammation aiguë de l'urèthre postérieur et les envies fréquentes d'uriner qui en résultent s'accompagnent de contractions musculaires réflexes, notamment du spasme des sphincters. A la contraction de la musculature de la prostate prennent aussi part les couches musculaires du trigone de Lieutard. Ces muscles, qui affectent avec les premiers des rapports anatomiques, intimes, entourent l'orifice des uretères et le ferment quand ils entrent en contraction tonique. A l'occlusion des uretères résulte bientôt une stase urinaire et une albuminurie qui cesse et qui disparaît en même temps que la ténésie sphinctérielle lui-même. »

On voit que cette théorie attribue l'albumine à la diminution de pression artérielle rénale, elle a ses adversaires.

La théorie la plus plausible, et qui cadre parfaitement avec notre sujet, pour expliquer la présence de l'albumine, est celle relative aux toxines du gonocoque. « Ces toxines, absorbées, produisent dans le centre nerveux et particulièrement dans les centres vaso-dilatateurs, un état d'excitabilité qui rendrait plus intense la dilatation vasculaire partout où elle serait sollicitée par voie réflexe. Les centres nerveux dans la moelle allongée, dans la moelle épinière peuvent, par paralysie ou par excitation, provoquer des dilatations vasculaires. » (BOUCHARD, *les Microbes*.) L'excitation serait pro-

voquée par les toxines du gonocoque qui détermineraient des vaso-dilatations dans les capillaires du rein et qui coïncideraient précisément avec l'influence réflexe partie du foyer infecté dans l'urèthre.

Quant à notre observation VIII, elle n'est pas due à une infection blennorrhagique ascendante, nous avons eu affaire à une urétérite congestive réflexe, due probablement aux toxines du gonocoque et à un repli muqueux siégeant au niveau de coudure de l'uretère sur le détroit supérieur, repli signalé encore tout récemment par certains anatomistes.

Si nous remontons au début de la blennorrhagie chez notre malade, nous avons vu que ce dernier s'était fait dès d'abord des injections d'eau blanche, nous ne pouvons attribuer à ces injections peut-être mal faites une cause dans l'urétérite, elles ne peuvent avoir agi tout au plus qu'en exacerbant ou en modifiant d'une manière quelconque l'inflammation de la muqueuse uréthrale ; elles étaient capables de donner à l'urétrite une intensité nouvelle, tout au plus à occasionner une cystite, mais notre malade n'en a pas accusé les symptômes.

Nous devons éliminer également l'hypothèse d'une infection ascendante et la pénétration dans l'uretère d'un agent pathogène venu de la vessie et cause de l'inflammation, bien que ce soit là le mécanisme ordinaire de ce genre de lésions. Habituellement dans les cas de pyélo-néphrites d'origine blennorrhagique, l'ascension est toujours nettement suivie, c'est par l'intermédiaire d'une cystite blennorrhagique que l'uretère et le rein sont pris, que ce soit le fait d'une infection spéciale gonococcique, ou d'une infection combinée ou surajoutée.

De même, l'idée de toute urétérite tuberculeuse ou calculuse doit être écartée, le malade ne présentant pas de symptômes pouvant la faire supposer d'origine bacillaire, et n'ayant jamais accusé de lithiase rénale.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT

Y a-t-il un traitement à instituer pour les diverses complications de la période initiale de la blennorrhagie ? Il nous semble que dans certains cas, il est inutile d'intervenir. La plupart des complications était de peu de durée et peu graves, il est plus simple de se borner à une thérapeutique symptomatique. Le traitement variera avec l'intensité et l'acuité des cas ; très souvent même, on pourra se borner à l'expectation.

Dans les complications relativement graves, comme nous en avons vues dans nos cas d'urétérite, de rétention d'urine, le plus simple est de surveiller le malade et de se prêter aux indications données par la maladie. Quant aux cas plus simples, où l'élément douleur domine, on aura toujours les ressources qu'indique la thérapeutique : calmants, frictions, compresses d'eau froide ou vessies de glace.

En un mot on se bornera souvent à des prescriptions hygiéniques et diététiques ; on fera éviter au malade toutes les influences qui peuvent peser défavorablement sur l'urétrite : on recommandera, si besoin est, le repos au lit, et le repos des organes, comme répondant à l'indication principale dans toute inflammation.

D'un autre côté, bien que nous ne possédions contre la blennorrhagie aucun spécifique propre à l'enrayer aussi rapidement que nous le voudrions, il ne faudra pas négliger pour cela d'instituer dès les premiers jours un traitement

approprié, tel que les lavages du canal de l'urèthre, ou tout autre traitement capable, sinon d'enrayer l'affection, du moins d'en diminuer l'intensité, partant d'en atténuer les effets.

CONCLUSIONS

1° Il existe dans la période initiale de la blennorrhagie des accidents passés sous silence par les auteurs, tels que troubles de l'état général, retentissement sur les séreuses, névrites et névralgies, rétention et incontinence d'urine, congestion de tout le système génito-urinaire, urines albumineuses, urétérite, etc.,.

2° Dans les reins et les uretères, il peut survenir à cette période des accidents qui ne sont explicables que par l'action des toxines agissant sur la moelle et sur le rein.

3° Quant aux autres accidents que nous avons étudiés dans notre travail ils semblent dus pour la plupart à l'action des toxines sur les racines nerveuses ou sur leurs extrémités.

4° Dans la majorité des cas, l'indication est de ne pas intervenir, les complications étant d'origine réflexe.

On pourra cependant se borner à une thérapeutique symptomatique. Parallèlement il sera bon d'instituer le traitement de la blennorrhagie, tel qu'on le fait sitôt l'affection déclarée.

VU PAR LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

Le 25 janvier 1895.

GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 31 janvier 1895.

Le Recteur,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CH. BELL, London, 1822. *A Treatise on the diseases of the urethra, vesica, urinaria, prostate and rectum.*
- LALLEMAND, 1825. *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires.*
- CHOPART, Paris 1830. *Traité des maladies des voies urinaires.*
Gazette des hôpitaux, 1835, p. 495 — 1836, p. 483 — 1837, p. 407.
- RAYER, 1839-1841. *Traité des maladies des reins.*
- RICORD, 1858. *Traité pratique des maladies vénériennes.*
- CIVIALE, 1858. *Traité pratique des maladies des voies urinaires.*
- FOURNIER, 1866. *Dict. de méd. et chir. pratique.* — Article blennorrhagie.
- JUBIOT, 1869. *Thèse de Strasbourg.*
- THOMPSON, 1874. *Maladies des voies urinaires.*
Archives générales de médecine, mars, avril, mai 1879 (*Pyélo-néphrite ascendante*, par le Dr Garcin).
- LUXCEY, 1879. Th. de Paris (*La néphrite parenchymateuse compliq. la blennorrhagie*).
- HALLÉ, 1886-87. Th. de Paris. *Urétérites et pyélites.*
Fransé méd., 1879 (14 juin). Néphrite survenue au cours d'une blennorrhagie. — Arnozan.
- MALGOUVERNE, 1879. Th. Paris. *De la pyélo-néphrite d'origine vésicale, ou pyélo-néphrite ascendante.*
- BEAUNIS, 1881. *Traité de physiologie.*
- MAURIAC, 1883. *Leçons cliniques de l'hôpital du Midi.*
Lyon médical, 1886, t. 52, p. 403. Cystite blennorrhagique succédant à la cystite bactérienne.
- TUFFIER, 1885. Th. Paris. *Rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires.*
Ann. de syph. et dermat., 1887, VIII, p. 450. Du gonocoque de Neisser et de ses rapports avec quelques manifestations parablennorrhagiques.
- SEELIG. *Archiv für expérimental pathologie et pharmakologie.*

PATRIS DE BROE, 1889, Th. Paris. *Etude sur la pathologie des complications de la blennorrhagie.*

GAUSSADE, 1890. Th. de Paris. *Néphrites pneumoniques.*

LA VAUX, 1890. *Maladies des voies urinaires.*

BALZER et SOUPLET, 1891. *Soc. de dermat. et syph.* et *Mercure médical*, avril 1891.

BALZER et SOUPLET, fév. 1892. *Soc. de dermat. et syph.*

ROUSSEAU, 1892. Th. Paris, *Contribution à l'étude des urétérites et de leur traitement chirurgical.*

SOUPLET, 1893. Th. Paris. *La blennorrhagie, maladie générale.*

BALZER et JACQUINET, 1893. *Semaine médicale*, p. 411.

P. BOSC, 1893. Th. de Montpellier. *Le gonocoque.*

LANDOIS, 1893. *Physiologie humaine.*

FINGER, 1894. *La blennorrhagie et ses complications.*

DUCHEMIN, 1894. Th. Paris. *Rétentions d'urine au cours de la blennorrhagie.*

GUYON, 1894. *Leçons cliniques sur les maladies des organes génito-urinaires.*
